

EM – G Cirugía aponeurológica

Carmen G. Sacristán. M.D.

Centro Médico Leonor Sacristán. Julián Berrendero, 12. San Agustín del Guadalix. 28750 Madrid. Spain.

Phone/Fax 0034 918419627 email sacrist@leonorsacristan.com patologias@leonorsacristan.com

Voy a hablarles sobre un Nuevo tratamiento llamado Cirugía Aponeurológica y de cómo la tecnología EM es necesaria para nuestro tratamientos.

El término cirugía aponeurológica procede de cirugía (del griego *χείρ jeir* que significa mano y de *εργον érgon* que significa trabajo) que significa el procedimiento que implica manipulación manual de estructuras anatómicas en el ámbito de la medicina, ya sea de forma diagnóstica, terapéutica o pronóstico-, y de aponeurología, término usado por el anatomista español Dr. Julián Calleja y Sánchez, en 1878, para describir la distribución anatómica del tejido conectivo.

El tejido conectivo es uno de los cuatro tejidos básicos del cuerpo humano (epitelial, muscular, nervioso y conectivo) que forman todos los órganos del cuerpo en mayor o menor proporción.

Entre las funciones del tejido conectivo están: soporte estructural, intercambio metabólico, defensa inmunitaria, depósito de energía y reparación y regeneración de los tejidos después de la lesión.

Cuando el cuerpo humano sufre una agresión, la primera respuesta es la inflamación. La inflamación es una respuesta que protege a los tejidos de la lesión o la destrucción, y sirve para destruir, diluir o bloquear a los agentes patógenos y a los tejidos lesionados. Ocurre como respuesta a la lesión, infección, irritación, toxicidad o hipersensibilidad.

Las células participan en el mantenimiento de su entorno, ajustando constantemente sus estructuras y funciones para acomodarse a las demandas y estrés extracelular. Las células tienden a mantener su matriz extracelular en un ajustado rango de parámetros fisiológicos; es decir a mantener la *homeostasis*. Cuando una célula se somete a estrés o a un estímulo patológico, puede adaptarse adquiriendo un nuevo estado viable y preservando su función.

Que un estrés específico induzca adaptación o cause lesión reversible o irreversible depende no sólo de la naturaleza y de la intensidad del estrés sino de varios factores, incluyendo el metabolismo celular, el aporte vascular y estado nutricional.

Como dije antes, la primera defensa frente cualquier agresión es la inflamación y como resultado de ésta los linfocitos polimorfonucleares (PMN) son movilizados a lugar de la inflamación, donde los agentes patógenos son capturados y destruidos por la

liberación de especies reactivas de oxígeno (ERO) y enzimas proteolíticas.

Un fallo en el trabajo de estas células puede causar la muerte. Si no produces ERO tienes un alto riesgo de infección, por otro lado cuando los leucocitos producen ERO pueden dañar el tejido.

Los PMN adquieren la capacidad de producir ERO cuando son activados, lo cual se caracteriza por un incremento en la carga del oxígeno, que no se asocia con el transporte de electrones de la mitocondria.

Recibe el nombre de “explosión metabólica” y ocurre por acción del sistema de la NADPH- oxidasa.

El desequilibrio entre la producción de ERO y antioxidantes produce el daño celular conocido como “estrés oxidativo”, el cual produce cambios fisiológicos y bioquímicos que dañan y matan a la célula.

Es necesario corregir el desequilibrio para defendernos del daño de los radicales libre.

Se produce en cinco niveles:

1º nivel: sistemas enzimáticos capaces de producir la reducción tetravalente consecutiva sin liberar los intermediarios parcialmente reducidos. Se realiza por la citocromo oxidasa de la cadena de respiración mitocondrial (reduce el oxígeno en el cuerpo humano un 90%)

2º nivel: lo constituyen enzimas especializadas en captar el radical anión superóxido; la superóxidodismutasa (SOD), metaloenzima que catalizan la dismutación del radical anión superóxido para dar oxígeno molecular y peróxido de hidrógeno, con una eficiencia tan grande que se acerca al límite teórico de la difusión. En las células de los organismos eucarióticos existen dos; una es citoplasmática y la otra mitocondrial.

3º nivel: enzimas especializadas en neutralizar el peróxido de hidrógeno. En este grupo están las catalasas, que se encuentra en los peroxisomas, y la glutatión peroxidasa (contiene selenio).

4º nivel: el radical hidroxilo producido en la reacción de Haber – Weis, puede ser neutralizado por la vitamina E, la cual se encuentra en las membranas biológicas.

La vitamina C reacciona con el radical OH y el anión superóxido.

5º nivel: Es el nivel de la reparación una vez que el daño celular ya se ha producido.

EM-Gold tiene muchas de esas importantes sustancias y como en la Naturaleza, “el total es mayor que la suma de sus partes”.

EM- Gold trabaja directamente y de forma indirecta en todos los niveles anteriores. Trabaja directamente por las sustancias que lo componen y de forma indirecta en la fase de regeneración y reparación con la cirugía aponeuroológica.

La reparación y regeneración de los tejidos depende de la matriz extracelular.

El tejido conectivo está formado, como todos los tejidos por células y matriz extracelular.

La matriz extracelular está formada por fibras y sustancia fundamental. La característica principal del tejido conectivo es la escasa celularidad y la alta proporción de sustancia fundamental.

La matriz extracelular funciona, por su composición, como un fluido no Newtoniano, por lo que cambia su viscosidad dependiendo de las fuerzas o tracciones que actúen sobre él, reduciendo así su elasticidad.

Si este tejido, como consecuencias de distintas causas, cambia el número de fibras o la composición de la matriz extracelular se densifica, dificultando la movilidad y se convierte en rígido. Como resultado el flujo capilar disminuye, lo cual produce hipoxia, disminuye el aporte de nutrientes, aumentan los productos de desecho y el pH se altera, en otras palabras, se produce la lesión celular.

Cuando se aplica la técnica “cirugía aponeurológica”, el tejido conjuntivo se repara y la lesión celular puede ser reversible.

Cuando existe una lesión o enfermedad el tejido conjuntivo produce compartimentos que disminuyen la vascularización. Si se aplica la “cirugía aponeurológica” la restauración del flujo sanguíneo puede recuperar la lesión celular. Sin embargo bajo ciertas circunstancias, la restauración del flujo sanguíneo cuando existe isquemia causa, paradójicamente, exacerbación y aceleración de la lesión.

Varios mecanismos pueden producir la exacerbación de la lesión celular resultante de la reperfusión en tejidos isquémicos.

La nueva lesión puede iniciarse durante la reoxigenación por incremento de ERO procedentes de células endoteliales y del parénquima y de infiltrados leucocitarios. Cuando el aporte de oxígeno aumenta, puede corresponderse con un aumento de la producción de ERO, especialmente porque el daño mitocondrial produce la reducción incompleta del oxígeno, y a causa de la acción de las oxidasas leucocitarias, células endoteliales, o células parenquimatosas. Los mecanismos antioxidantes de defensa celular pueden no ser suficiente por la isquemia ya que favorece el aumento de radicales libres.

En condiciones normales algunos pacientes están muy cansados después de los tratamientos sobre el tejido conectivo porque tienen que eliminar los desechos que tenían almacenados y que ahora son liberados. En estos casos a veces necesitábamos detener el tratamiento o hacerlo más lentamente.

Gracias a mi amigo Alfonso Pérez – Andujar, quién trabaja con tecnología EM, y a Shinsuke Chujo, a quién creo que conocen, conocí al Dr. Higa hace varios años. Hace más de diez años que estoy tratando e investigando sobre la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y entonces estaba buscando algún medicamento para evitar el daño por radicales libres porque cuando tratas tejido conectivo muy dañado pueden producirse cambios parecidos a la isquemia – reperusión. Yo decía que el tratamiento era como limpiar con agua sucia, porque la nueva situación causaba daño en los tejidos de mis pacientes, y afortunadamente comencé a usar EM-G.

Es necesario comprender que en todo proceso patológico existe estrés celular y las situaciones de estrés producen un gran desgaste de antioxidante y los ERO dañan los tejidos humanos.

Todos los mecanismos de lesión celular están interconectados. Los podemos agrupar en los siguientes:

Deplección de ATP

Daño mitocondrial
Flujo de Calcio
Acumulo de radicales libres derivados del oxígeno (estrés oxidativo)
Defectos de permeabilidad de membrana.
Daño del ADN y proteínas.

Esto es muy importante porque todas las patologías se producen por esos mecanismos. Si cambias uno de ellos, los otros también cambian.

Así, si cambiamos el acúmulo de radicales libre derivados del oxígeno, cambiamos el estrés oxidativo y el curso de la enfermedad cambiará. Por eso necesitamos EM –Gold.

EM- Gold debería usarse para todas las patologías, para recuperarlas antes y sin causar un desgaste al cuerpo.

EM –G es necesario si queremos parar la lesión celular por lo que prescribimos EM –G a nuestros pacientes.

Voy a hablarles sobre algunas de las patologías que trato con la técnica “cirugía aponeurológica” y EM –Gold. Realmente podemos tratar cualquier clase de

patología porque el tejido conectivo está presente en todo el cuerpo y la reparación de los tejidos depende del tejido conectivo. EM – Gold puede usarse con la misma filosofía.

Voy a describir alguno de esos casos:

Hallus valgus; Esta diapositiva es un hallus valgus antes y después del tratamiento, en este caso sólo con una sola sesión. Esta patología normalmente es realizada con analgesia profunda y trabajamos conjuntamente con un anestesista porque el tratamiento de esta patología algunas veces es dolorosa para el paciente.

Rotura completa del ligamento cruzado anterior (LCA): podemos cicatrizar el ligamento cruzado anterior sin la necesidad de “pasar por el quirófano”, el LCA puede cicatrizar y la rodilla es estable de nuevo.

Hernia de disco: es posible reducir el disco, la hernia es una consecuencia de alteraciones en la biomecánica de columna. Si se extirpa el disco posiblemente tendrás problemas en la espalda en el futuro, probablemente tendrás otra hernia en un nivel inferior o dolor lumbar. Es necesario tratar el tejido conectivo para que la alteración de cargas pueda ser corregida y así la columna vertebral pueda trabajar correctamente.

Esclerosis lateral amiotrófica (ALS). Les he comentado que conocí al Dr. Higa cuando estaba buscando la forma de parar el daño en los tejidos de los pacientes de ELA.

Pienso que el daño neurológico es consecuencia, el tejido conectivo es la causa. Estamos investigando en esta dirección.

El tejido conectivo trabaja absorbiendo impactos. Voy a mostrarles en unos videos cómo funciona el tejido conectivo. El ojo humano solo ve lo que ocurre a una velocidad determinada, realmente no puede ver todo lo que ocurre.

Si grabamos un impacto a cámara lenta podremos ver como se producen ondas de choque y como son distribuidas y absorbidas por el tejido conectivo.

Cuando vemos el video podemos observar como el impacto de la mano no produce lesión porque la fuerza es distribuida. Esta es una de las funciones del tejido conectivo.

Cuando el tejido es sometido a un estrés importante cambia su composición y se hace más rígido para poder resistir la tracción.

Pienso que la lesión nerviosa es sólo la consecuencia, el tejido conectivo es la causa. El tejido conectivo se vuelve rígido y va haciendo que se pierda el movimiento, el paciente se va paralizando porque se altera la biomecánica y la funcionalidad. Al final la rigidez de este tejido convierte al diafragma en un músculo espirador por lo que el paciente no puede respirar.

en estos años de trabajo con la ALS, ninguno de mis pacientes ha presentado espasticidad. La espasticidad es reflejo del daño de la motoneurona central y es un síntoma de la ELA.

Los pacientes aun en fase avanzada pueden realizar determinados movimientos según la posición del cuerpo, por ejemplo un paciente que cuando está sentado no puede controlar su cuello y solo lo puede llevar flexionado, cuando está tumbado puede incorporar su cabeza y moverlo a voluntad hacia un lado y otro, ¿podemos llamarlo parálisis?. Si existiera lesión nerviosa la afectación motora no dependería de la forma en que está colocado.

A lo largo de estos años he ido entendiendo, gracias a mis pacientes, como funciona la enfermedad.

Cualquier enfermedad está relacionada con lo que ha vivido el paciente y esto tienen que entenderlo los pacientes pero sobre todo lo tenemos que entender los médicos. Cuando pensamos que alguna patología esta relacionada con las emociones enseguida lo asociamos a una alteración psicológica o a que es un paciente mas lábil. ¡Es imposible que no estén

relacionadas! el paciente no es un cuerpo físico aislado cada célula vive o sufre las emociones. Realmente lo llamativo sería que no estuviesen relacionadas.

Si tuviésemos eso en cuenta nos percataríamos de lo que puede afectar al paciente y como consecuencia al desarrollo de la enfermedad el propio diagnóstico.

A los pacientes de ELA se les añade un gran estrés, un terrible estrés con el diagnóstico. El médico ejerce, sin darse cuenta, un vudú, cuando le explica cómo va a morir y aproximadamente en que plazos, le quita la posibilidad de tener futuro, de vivir como lo hacemos todos, teniendo planes, programando lo que haremos en Navidades o en verano, a eso yo lo llamo “la franquicia de Dios” porque parece que dios les ha otorgado su representación en la tierra y ellos son dueños del conocimiento supremos.

Curiosamente todos los días mueren personas que no tenían ELA ni ninguna otra enfermedad conocida y a veces puede morir alguno de esos medico incluso antes que aquellos paciente que el predijo.

La ELA solo es una enfermedad y las enfermedades pueden ser vencidas

Actualmente tengo en tratamiento una paciente con ELA, llevamos seis años en tratamiento y ella lleva ocho años desde el diagnóstico. Actualmente respira con normalidad, habla con normalidad, traga con normalidad y no utiliza collarín. Si se sujetan los

brazos y las piernas anulando el peso, ella puede moverlos aunque no todos los grupos musculares. Últimamente ha ganado volumen muscular en las piernas y eso que lleva cuatro años sentada en una silla de ruedas.

El tratamiento que ella tiene es tratamiento del tejido conjuntivo mediante cirugía aponeuroológica. EM-G, calentándolo como me indico el Dr. Higa, EM-1 para normalizar bacterias, oligoelementos, glucoaminoglucanos, glutamina, y un preparado de hongos buscando la misma filosofía del Dr. Higa que los hongos se controlen entre ellos mismos y lleguen a un equilibrio.

Cuando he explorado a mis pacientes de ELA con el XQ.SCIO, un aparato de biorresonancia, siempre ha dado como resultado la presencia de hongos, afectación de adrenales, células blancas y alteración en la vitamina K.

Actualmente la mayor parte de estos síntomas han remitido.

Ahora nos encontramos en la fase de ver si es posible remitir todos los síntomas y recuperar la movilidad pero para ello necesitamos que nuestra paciente realice una rehabilitación exhaustiva como si se tratara de un tetraplético ya que la falta de ejercicio se convierte en causa de atrofia. El problema es que con la enfermedad que tiene la rehabilitación que se le concede es una persona una hora cada quince días ya que como tiene ELA no

merece la pena gastar más en paciente que según el sistema de salud no tiene posibilidades de mejorar. Hemos creado una ONG para, entre otros objetivos, intentar conseguir dinero para pagar un centro privado pero las subvenciones para el tratamiento de la ELA son para apoyo psicológico e investigación hospitalaria y nosotros no cumplimos esos requisitos. Quiero dar las gracias al Dr. Higa por la ayuda totalmente desinteresada que está prestando todos estos años a mis pacientes con ELA.

Gracias por su atención